MÉMOIRE

SUR L'EMPLOI DU FEU

DANS LE TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE DE LA VERGE;

PAR

J. E. PETREQUIN, D. M. P.,

chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre correspondant spécial
de la Société de médecine de Paris,
associé de la Société des sciences de Vienne, etc., etc.

ἐσ δὲ τα ἔσχατα νοσήματα, αἱ ἔσχαται
θεραπεῖαι ἐσ ἀχριβειην ρχάτισται.
ιπποχρατωσ αφορισμ. I—6.

Nec posse vehementi malo, nisi æquè vehemens
auxilium succurere.
A Corn. Cels., *lib.* 2, *cap.* XI.

Il y a en chirurgie, comme en médecine, nombre d'affections dont l'histoire pathologique, peu répandue, reste incomplétement étudiée, et dont la thérapeutique, ébauchée sur des traditions plutôt que sur l'expérience, présente plus d'une erreur, et de graves desiderata; c'est surtout lorsqu'il se présente à notre observation quelques cas difficiles de ce genre, qu'on sent et qu'on déplore ces lacunes de l'art. La gangrène de la verge peut être rangée dans cette catégorie.

Que nous enseignent en effet les auteurs classiques les plus modernes? Je ferai remarquer que la plupart se taisent sur ce point; on chercherait vainement quelques renseignements utiles dans les *OEuvres chirurgicales* de Desault (par Xav. Bichat, 3 vol.), dans la *Nouvelle Doctrine chirurgicale* de Leveillé, quoique décorée du titre de *complète* (4 vol. in-8°, 1812), dans la *Chirurgie* de Chelius (trad. de Pigné, 2 vol., 1835-1838), dans la *Pathologie chirurgicale* de Sanson (4 vol., 1825-1828), etc. Il n'en est pas non plus dit un seul mot dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (en 15 vol., 1829-1836).

Parmi les auteurs qui s'occupent de la gangrène de la verge, les uns n'en traitent que d'une manière intercurrente et incomplète, les autres oublient la partie thérapeutique, sans contredit

la plus importante de toutes; la plupart enfin présentent des contradictions et des dissidences plus propres à accroître l'embarras de l'homme de l'art qu'à l'éclairer, ainsi que j'aurai occasion de le démontrer, nommément pour ce qui concerne B. Bell, MM. S. Cooper, Bégin, Patissier, A. Bérard, etc.

Voici le fait qui a donné lieu à ces recherches :

Observation. — Alexandre St.-Cyr, âgé de 21 ans, de Lucenay (Rhône), tailleur d'habits, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution faible, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 1er décembre 1841, dans une salle de médecine, pour une affection gastrique. Il portait aussi depuis huit jours à la partie interne et antérieure du prépuce, un chancre vénérien assez étendu, à bords durs, et dont la surface était recouverte d'un pus sanieux. Le moindre contact occasionnait une hémorrhagie, qui paraît avoir été prise pour une hématurie. (Régime, tis. salsepareille.)

Le 4, il survient de la prostration, de la diarrhée, et quelques symptômes typhoïdes. (Régime, sangsues à l'épigastre.)

Le 8, il se déclare un phimosis; je présume que la cause en était dans un commencement de travail de mortification à la surface interne du prépuce. — Le 9, il s'y développe une phlyctène renfermant une sérosité noirâtre. La gangrène faisant de jour en jour des progrès rapides, le médecin désire faire passer le malade dans une salle de chirurgie; il est admis dans mon service le 11 décembre. Je constatai ce qui suit : état adynamique déjà prononcé, face terreuse, couverte de sueur, langue sèche, pouls petit et fréquent, la gangrène occupe la moitié antérieure du prépuce, la verge ne paraît pas envahie, cependant elle est tuméfiée et douloureuse au moindre contact. (Pansement avec de la charpie imbibée d'une solution de chlorure de chaux, tisane pectorale.)

Le 12 décembre, la désorganisation a gagné le gland, et commence à s'étendre sur la partie antérieure des corps caverneux. Cette région devient de temps à autre le siége d'hémorrhagies. (Même pansement, potion calmante avec addition de sirop de quina, 5 centigrammes d'opium en pilules.)

Le 13, l'extrémité de la verge est mortifiée dans une étendue d'un pouce et demi environ (0,04m). L'adynamie générale fait des



progrès effrayants, la face est pâle, la peau devient sèche et brûlante, il y a eu une nouvelle hémorrhagie. L'inefficacité de tous les moyens employés n'est que trop évidente. Que reste-t-il à faire pour sauver le malade de la mort prochaine qui le menace?

La cause du mal n'est pas douteuse; je rappellerai que la gangrène du penis se déclare souvent lorsque, durant le cours d'une affection syphilitique, une fièvre adynamique vient compliquer l'état local. « Lorsqu'un individu, écrit M. Patissier, qui est atteint d'une gonorrhée, est frappé d'une fièvre putride ou maligne, le membre viril court le plus grand danger de tomber en gangrène. Forestus rapporte un exemple de ce genre, et tels furent les progrès du mal, que le penis se détacha de lui-même dans un état de sphacèle, et qu'il se trouva dans un cataplasme qu'on avait appliqué sur la partie (1). » (*Dict. des sciences médicales*, 1819, 40-185). De même que la blennorrhagie, les chancres vénériens sont quelquefois accompagnés d'une inflammation si considérable que la mortification s'en empare : tel a été le cas de notre malade, dont l'état était aussi grave que complexe.

Certes, la conduite à tenir est bien difficile quand il existe en outre, comme ici, une complication avec la fièvre typhoïde. Les ressources de l'art se bornent en général aux conseils suivants que donne M. Patissier : « Doit-on dans ces cas prodiguer les toniques? La plupart des auteurs recommandent les cordiaux les plus énergiques pour relever le système général des forces, et prévenir la terminaison gangréneuse de l'inflammation locale. (*Mais lorsque cette terminaison a déjà eu lieu?...*) Quant à nous, nous pensons que la conduite du médecin doit différer suivant les forces du malade. Si ce dernier est affaibli par de longues privations, s'il est d'une constitution molle et lymphatique, le vin généreux, le quinquina nous paraissent indiqués. Si le malade, au contraire, est vigoureux, d'un tempérament sanguin, un traitement tonique peut, à notre avis, accélérer la gangrène, loin de la prévenir; il faut dans cette circonstance recourir au traitement antiphlogistique. » (*Dict. des sciences médicales*, 1819, 40-186.)

(1) Forestus, Observ. et cur. med., lib. XXVI.

Cette dernière médication n'était pas indiquée chez Alexandre St.-Cyr, et nous avons vu que l'opium et le quinquina n'avaient pu entraver le mal, non plus que les pansements chlorurés. En face du silence des auteurs que j'ai cités, j'eus recours au dernier travail publié sur la matière, dans l'espoir d'y trouver le résumé et la discussion méthodiques de l'expérience des derniers siècles. Ce travail récent due à M. A. Bérard jeune, a été publié en juin 1841 ; voici ce que j'y lus : « La gangrène une fois déclarée, il faut, autant que possible, la limiter. » Il restait à dire par quels moyens « en diminuant l'inflammation, ou en appliquant des antiseptiques. » Nous venons de voir et nous verrons encore plus loin, ce qu'on doit attendre de cette médication. « Il faut ensuite attendre la chute des eschares. » Cette conduite est-elle convenable? Rester ainsi spectateur inactif, n'est-ce pas permettre au mal de faire des progrès irréparables, et de compromettre toute la verge? L'auteur l'a bien senti, car il cherche aussitôt à se justifier : « On aurait tort de vouloir pratiquer l'amputation de la partie que l'on croit sphacélée avant la séparation des parties mortes, car c'est seulement alors qu'on connaît bien la véritable étendue de la gangrène ; c'est seulement alors aussi qu'il est permis d'amputer une partie de moignon pour régulariser la plaie. » (Dict. en 25 vol., 1841, XXIII—433 et 434). Ces motifs sont-ils valables et logiques? Quand les parties mortes sont séparées, l'opération qui consiste à régulariser le moignon, n'est pas dirigée contre la gangrène qui n'existe plus, et c'est là une opération consécutive dont on devrait épargner les douleurs au malade. « Une fois, dit M. Bérard, l'on fut obligé de retrancher un bout de verge qui avait été dénudé de ses téguments, à la suite d'eschares détachées, afin de faire cesser de vives douleurs occasionnées par le contact de l'urine et les pansements. » (Ibid.). Ne serait-il pas rationnel de faire contre la gangrène ce qu'on fit contre de simples douleurs? Cette première contradiction est suivie d'une autre plus frappante encore : « Lorsqu'on ampute la verge pour une gangrène (*ainsi M. Bérard ampute la verge dans la gangrène, ce qu'il proscrivait tout à l'heure*), il n'est pas besoin de couper au delà des parties mortes, il suffit de tomber là où s'arrête la mortification. » (Ibid.,

p. 441). Je laisserai à M. Bérard (1) le soin d'accorder ces préceptes contradictoires; car pour mon compte, je ne conçois guère comment on peut rester conséquent avec soi-même, en prescrivant à la fois : 1° d'une part, de ne point opérer, et d'attendre la chute naturelle des eschares; 2° d'autre part, d'amputer dans la ligne de démarcation pour régulariser le moignon; 3° enfin d'opérer dans la gangrène seulement, sans dépasser les parties mortes.

Je ne trouvais en définitive aucune lumière dans l'article récent du Dictionnaire en 25 volumes. J'ai déjà indiqué que la question thérapeutique est à peine effleurée dans le peu d'auteurs qui s'occupent de la gangrène du penis. Benjamin Bell glisse légèrement sur ce sujet dans son *Traité de chirurgie* (trad. de Bosquillon, 1796, 6 vol. in-8°); il renvoie à son *Traité des ulcères* qui, par le fait, se trouve malheureusement ne contenir aucun éclaircissement à cet égard (7e édit., trad. de Bosquillon, 1803).

Un des représentants de la chirurgie militaire en France, M. Bégin, a récemment émis une règle formelle : « La gangrène de la verge n'exige *jamais* l'ablation de cette partie; il est plus convenable d'attendre la séparation spontanée des eschares. » (Élém. de chirurg., 1838, tom. 1 p. 557.) Mais sur quoi se fonde cette opinion? L'auteur des *Nouveaux Éléments de chirurgie* ne l'a pas, ce semble, suffisamment motivée. L'expectation est-elle donc sûre et consciencieuse, quand on a affaire à un organe comme la verge, dont la contexture anatomique, si riche en nerfs, en vaisseaux sanguins et en tissus spongieux, favorise singulièrement l'extension de la maladie? Ne doit-on pas considérer l'immense différence qu'il y a pour les suites, sous les rapports, soit de l'émission des urines, soit de leur influence sur la cicatrisation suivant la hauteur à laquelle est arrivée la mortification? Ces considérations majeures doivent frapper dans ces circonstances.

(1) Il est à présumer que M. Bérard n'a pas observé de cas de gangrène de la verge; ce qui explique les inattentions qui ont pu échapper à cet habile et savant chirurgien.

B. Bell, qui représentait la chirurgie anglaise du 18e siècle, dit, contrairement à M. Bégin : « Lorsque la gangrène survient à la suite d'un paraphymosis négligé ou *de toute autre cause*, il faut enlever les parties malades. » (B. Bell, *Chirurg. trad. de Bosquillon*, 1796, t. 1 p. 310.) Voilà donc deux opinions contraires, également formelles et absolues. Qui devons-nous croire? Si l'on se range à l'avis de B. Bell, je ferai remarquer qu'il présente une grande lacune; car il n'explique ni où il faut amputer, ni quand il convient de le faire, ni comment on doit s'y prendre.

N'y a-t-il pas lieu d'être frappé du vague et des dissidences des auteurs? Lorsqu'on étudie et qu'on creuse un sujet, on s'étonne de voir combien la science présente d'incertitude et de dissidences.

La chirurgie anglaise du 19e siècle ne tient plus le même langage. Voici la règle que pose S. Cooper : « Aucune partie du penis ne doit être amputée dans le cas de gangrène, parce que la partie morte tombe naturellement, l'ulcère qui en résulte est bientôt cicatrisé, et le malade n'a pas eu à souffrir de l'emploi de l'instrument tranchant. » (Dict. de chir. prat., art. Penis, 1828, t. 2, p. 258.) On voit que l'auteur cherche à justifier ses préceptes; mais il s'appuie sur une doctrine erronée; l'expérience lui est contraire, comme on peut s'en convaincre par les remarques suivantes de M. Patissier : « Lorsque la gangrène est bornée, et qu'un cercle inflammatoire sépare le vif du mort, il faut amputer la verge au delà de cette ligne de démarcation ; et, *soit qu'on se décide à cette amputation aussitôt que la gangrène a borné ses ravages, soit qu'on attende que les eschares se soient détachées, l'opération est toujours nécessaire; car de la chute des portions mortifiées, résulte une plaie inégale, dont la cicatrisation se ferait longtemps attendre.* » (Dict. des sc. méd., 1819, 40-187.) Cela paraît plus conforme à l'observation.

Ceci posé, et négligeant pour un instant les opinions contradictoires des auteurs, essayons de chercher dans les faits cliniques une règle plus précise de conduite. Boyer cite trois observations dans un mémoire sur l'amputation de la verge. (*Médec. éclairée par les sc. physiq.* t., 2) ; je vais les analyser : On apporta à l'hôpital un garçon âgé de 20 ans, atteint d'une fièvre putride,

il survint une eschare gangréneuse sur le prépuce; les antiseptiques les plus puissants ne purent empêcher la gangrène de faire des progrès, et de s'étendre jusqu'au delà du milieu de la verge. Le gland et une partie du corps caverneux furent détruits; il resta une plaie fort étendue, inégale et si douloureuse que Boyer fut obligé de pratiquer l'amputation du penis au-dessous.

Un homme de loi âgé de 36 ans, contracta comme le précédent une gonorrhée virulente, et plus tard une fièvre putride; la gangrène du penis se déclara et fit des progrès rapides; *la verge fut entièrement détruite.* Il resta une plaie unique dont la guérison fut très-lente.

Chez un troisième malade, plus heureux, le prépuce seul fut mortifié.

En somme, il est évident que l'expectation n'est pas irrépréhensible ; il ne faut pas non plus s'abuser sur la valeur des antiseptiques ; ici, comme dans l'observation qui m'est propre, leur efficacité fut très-contestable ; ils n'ont pas empêché la mortification de la moitié de la verge dans un cas, et sa destruction entière dans l'autre. Chez Alexandre St.-Cyr, la marche rapide du mal me faisait craindre qu'il ne compromît tout le penis et même les bourses. N'oublions pas que, chez un malade, Boyer fut en outre obligé de pratiquer une amputation consécutive.

Il y a donc urgence, d'après l'étude comparée des faits, à agir énergiquement contre la gangrène; il n'y aurait donc pas de sûreté à suivre les conseils et la médecine expectante qu'on trouve dans MM. A. Berard, Bégin, S. Cooper, etc. Il est nécessaire de recourir à une médication active, et de rechercher un obstacle puissant et rationnel à opposer à l'extension du mal. Une dernière ressource nous est offerte dans l'amputation. Mais au fond, l'amputation présente-t-elle toutes les garanties? Satisfait-elle réellement aux indications curatives? Il est permis de faire ici une réponse dubitative.

En effet, l'amputation simple n'établit pas toujours une digue sûre contre l'envahissement de la gangrène; la chirurgie militaire en a souvent acquis la preuve pour les membres. L'instrument tranchant substitue, il est vrai, une plaie fraîche à la mor-

tification ; mais son action ne porte pas sur l'essence même du travail morbide; en divisant des tissus sains, il n'a pas la vertu de les préserver d'une récidive ; on peut dire que son action est plutôt mécanique que vitale. Une fois que le travail de désorganisation est bien établi, il y a dans l'économie un désordre intime qu'il faudrait détruire ; et en enlevant les parties mortes, le bistouri n'enlève pas également la tendance désorganisatrice qui a produit la mort de ces parties. Voilà pourquoi l'amputation n'est pas toujours un remède efficace contre la gangrène.

L'indication fondamentale n'est pas remplie, on ne doit pas l'oublier; il faudrait trouver un moyen qui eût à la fois la double propriété de séparer les parties mortes et de réagir fortement sur les parties vivantes; le principe est de combattre et de détruire le *molimen* désorganisateur qui s'est emparé du solide vivant. Il faudrait donc un agent qui, en formant une barrière, comme dans l'amputation, pût en outre apporter une modification puissante contre le travail morbide; il s'adresserait ainsi à l'étiologie, et irait droit à la nature même du mal; on conçoit en effet qu'en changeant le mode d'être local des solides et des liquides, on crée de nouvelles conditions d'existence; et pour cela il est besoin de recourir à des moyens dont l'action soit moins mécanique que vitale.

Le feu me parut réunir la majeure partie de ces avantages; mais le silence absolu des auteurs sur ce sujet m'inquiétait; et, dans la crainte de suivre de trompeuses analogies et de m'engager dans une fausse voie, j'éprouvai quelque hésitation en présence des contradictions des écrivains classiques et de la lacune de la science sur ce point. Mais l'examen comparatif des faits me confirmait dans ma manière de voir, que je pouvais d'ailleurs appuyer sur la tradition de l'Hôtel-Dieu de Lyon où, depuis le célèbre Pouteau, la chirurgie a retiré d'immenses avantages de l'emploi du feu dans les cas graves. Je m'arrêtai donc à cette idée, quoique dans l'histoire locale de l'hospice rien ne fût spécialement *relatif à la gangrène de la verge.*

Le 13 décembre l'amputation me semblait urgente chez notre malade; mais jugeant, comme je l'ai prouvé, l'action de l'instrument tranchant insuffisante, je donnai la préférence à l'usage du

fer rouge par les raisons que j'ai énumérées. Je fis faire l'opération par M. Joninon, chirurgien interne attaché à mon service; il pratiqua l'amputation circulaire du penis avec un cautère cultellaire rougi à blanc, et cela à peu près au niveau de la ligne temporaire de démarcation entre les parties saines et les parties gangrénées. (Le pansement fut fait avec des compresses résolutives continuellement imbibées d'eau froide.)

Le soir, la scène a complétement changé; le malade n'est plus abattu et découragé, il est tranquille malgré la douleur locale, qui, du reste, est beaucoup moins considérable qu'avant l'opération, et il se trouve bien soulagé. Le moignon du penis qui a été épargné s'est légèrement tuméfié, néanmoins l'émission des urines n'est pas empêchée. (On continue la pilule d'opium, et la potion avec 15 grammes de sirop de quinquina.)

Le 14, il y a un mieux propre à surprendre, les douleurs de la verge ont cessé pesque complétement; il y a peu de tuméfaction; il n'y a plus eu d'hémorrhagie; l'état général est très-satisfaisant; le malade s'assied sur son lit; il demande à manger; il n'a presque plus de fièvre.

Le résultat de l'amputation avec le fer rouge a dépassé toutes les espérances qu'on pouvait concevoir touchant ce moyen héroïque.

Le 17, les eschares de la cautérisation commencent à se circonscrire nettement.

Le 18, le pus coule sur les bourses, et y occasionne des douleurs cuisantes. (Grand bain), soulagement.

Le 20, l'eschare se détache; la suppuration devient plus abondante, le scrotum est plus douloureux; on ne distingue cependant sur la peau ni rougeur, ni ulcérations. (Lotions des parties avec de l'eau laudanisée.)

Le 23, les douleurs sont beaucoup moindres.

Le 24, une partie de l'eschare tombe; la plaie présente un bel aspect; il n'y a point d'hémorrhagie; la suppuration est abondante. (Pansement avec de la charpie sèche pour absorber le pus.)

Le 26, l'eschare est entièrement détachée; il n'y a plus de douleurs; l'excrétion de l'urine se fait sans difficulté.

Le 28, démangeaison et cuisson à l'anus, avec douleur dans la défécation, et complication d'une éruption légère de forme eczémateuse. Frictions sur les parties avec une pommade camphrée au calomel :

Axonge	16 grammes.
Calomel	2 grammes.
Camphre	30 centigrammes.

La cicatrice se forme sur la plaie, et pour prévenir un rétrécissement et peut-être une oblitération du canal urinaire, j'y fais introduire chaque soir un morceau allongé d'éponge préparée qu'on y laisse toute la nuit.

Le 5 janvier, la démangeaison de l'anus a disparu ; la plaie de la verge est cicatrisée ; le malade urine facilement.

Le 15 janvier 1842, il peut être considéré comme guéri, on le garde encore quelque temps pour s'assurer que la cure se maintient. — On continue la dilatation du canal avec l'éponge préparée.

Le 5 février, il sort parfaitement guéri ; la micturition est très-facile ; il reste un bout de verge d'une longueur d'environ un demi-pouce au-dessus du pubis (13 à 14 millim.), l'état général s'est beaucoup amélioré ; il s'en va très-content.

Cette observation nous semble intéressante sous plus d'un point de vue. Elle éclaire un point d'étiologie encore peu répandu dans la science ; il est présumable que la cause de la gangrène a résidé ici dans l'adynamie générale, qui a permis à l'inflammation du prépuce, développée par le chancre, de se terminer par la mortification.

J'ai déjà agité la question du traitement. On ne pouvait se borner aux antiphlogistiques dans ce cas ; nous en avons surabondamment démontré l'insuffisance chez le sieur St.-Cyr. Ce n'est pas que cette médication ne puisse et ne doive réussir quelquefois ; mais il ne s'agit pas alors des cas les plus graves, et par-là même les plus difficiles.

Les mêmes reproches s'adressent aux antiseptiques ; les lotions de chlorure de chaux, les potions de quinquina, etc., rien n'était efficace, et de même que dans les observations du professeur Boyer, l'action des antiseptiques fut à peu près nulle,

bien que j'y eusse joint l'opium à l'intérieur; et, comme je l'ai dit, la gangrène, au lieu de se limiter, faisait chaque jour de nouveaux progrès.

Que serait-il arrivé si l'on se fût borné à la méthode expectante conseillée par M. Bégin, S. Cooper, A. Bérard, etc. ? Le mal aurait bientôt envahi peut-être l'organe tout entier; et de plus, les hémorrhagies fréquentes qui affaiblissaient le malade, auraient sinon amené sa mort, du moins augmenté beaucoup les chances défavorables et son état adynamique. D'ailleurs, il y a une autre considération importante qui se tire de l'anatomie chirurgicale : la hauteur plus ou moins grande à laquelle arrive la mortification, exerce une large influence sur la convalescence; et d'abord, tant qu'il reste une portion de verge au-dessus du niveau de l'arcade pubienne, l'émission des urines continue à se faire par un jet; il n'en est pas ainsi lorsque la séparation s'effectue au-dessous des pubis, ce qui tient à la disposition du ligament suspenseur. Alors l'urine sort en bavant, et il faut faire usage d'un instrument conducteur, si l'on ne veut pas voir le liquide humecter constamment et excorier les bourses. Les conséquences sont bien pires quand on a affaire à une amputation, soit spontanée, soit artificielle ; l'urine baigne alors la plaie, et altère le travail de cicatrisation, l'urinoir ne peut même alors empêcher complétement ces accidents. Il est donc urgent de toute manière, des'opposer le plus tôt possible à l'extension de la maladie par une opération opportune.

Je l'ai déjà dit, l'amputation simple me parut insuffisante ; l'instrument tranchant, en séparant les parties mortes, eut enlevé le mal sans modifier l'état des parties saines, et l'on se serait gratuitement exposé à la reproduction de la maladie, comme on l'a vu souvent dans les amputations des membres quand la gangrène vient à reparaître sur le moignon.

J'ai montré comment la section à l'aide du fer rouge m'offrait plus de sécurité. L'événement a justifié toutes mes prévisions; l'ancienne pratique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, où le cautère actuel a rendu tant de services depuis le célèbre Pouteau, s'est montrée efficace, comme nous avons eu occasion de le constater dans des plaies de mauvaise nature, comme Pouteau l'avait vu

dans quelques cas graves, comme ses successeurs Dussaussoy et Cartier l'ont observé les premiers dans la pourriture d'hôpital, conquête de l'art que Delpech et Dupuytren se sont disputée à une époque bien antérieure, etc. Chez notre malade, le succès a dépassé nos espérances; la scène a changé brusquement; l'état local et l'état général du sujet ont présenté tout à coup une grande amélioration; l'hémorrhagie n'a pas reparu, l'adynamie s'est rapidement effacée, les douleurs ont cédé en moins d'un jour, etc. Ce qui ajoute une nouvelle portée à ce résultat, c'est que cette méthode s'est montrée également héroïque dans un cas analogue. Je fis part, dans le temps, de l'observation précédente à M. le docteur Posson, et il vient de me communiquer un fait où l'application du fer rouge a procuré le même succès pour une gangrène de la verge.

En présence de ces résultats, comment s'expliquer le silence des auteurs modernes? depuis que j'ai eu la satisfaction de mener cette cure à bien, j'ai fait quelques recherches nouvelles pour voir si les anciens n'avaient rien écrit de spécial sur ce point, et j'ai trouvé dans Celse plusieurs passages qui me permettent de fonder et d'appuyer ma pratique sur l'autorité des maîtres de la chirurgie antique. Celse ne dit rien, il est vrai, de la gangrène du penis, mais il conseille plusieurs fois l'emploi du feu dans les affections malignes de cet organe. Ainsi après avoir traité des ulcères rongeants du prépuce, il ajoute : Il se forme parfois à la couronne du gland des tubercules que les Grecs nomment *phyma*; on doit les brûler avec les caustiques ou le fer, et répandre dessus, quand les eschares sont tombées, de l'écaille de cuivre pour les empêcher de revenir. « Tuberculæ « etiam (quæ *phumata* Græci vocant) circa glaudem oriuntur « squama æris inspergitur, ne quid ibi rursus increscat. » (Cels., « *De Re med.*, l. VI, cap. XVIII, n° 2.)

Dans le chancre du prépuce, il conseille l'excision portée jusque dans le vif et suivie de la cautérisation. « Tum quidquid « corruptum est, excidendum sic, ut ex integro quoque paulùm « dematur, idque adurendum. » (Ibid., CXVIII, n° 3). — Dans le chancre de la verge, il n'est pas moins explicite; il débute par les caustiques, et, s'ils échouent, il a recours à l'excision qu'il

fait suivre également de la cautérisation. » Si medicamenta vin-
« cuntur, hic quoque scalpello, quidquid corruptum est sic, ut
« aliquid etiam integri trahat, præcidi debet. Illud quoque æque
« perpetuum est, exciso cancro, vulnus esse adurendum. »
(Ibid., cap. XVIII, nº 3.)

Enfin dans l'ulcère phagédénique de la verge, il recommande une médication active, et passe rapidement à l'usage du feu dès que les moyens ordinaires n'ont pas suffi : « Nonnunquam etiam id genus ibi cancri quod *phagedaina* a Græcis nominatur, oriri « solet. In quo minime differendum, sed protinus iisdem me- « dicamentis, et, si parum valent, fero adurendum. » (*De Re med.*, lib. VII, CXVIII, nº 4). Ainsi l'emploi du cautère actuel semble avoir été une pratique répandue parmi les anciens dans les affections malignes du penis.

En somme, Celse ne parle nulle part de la gangrène de la verge; et si c'est un mérite d'avoir des premiers introduit ce moyen héroïque dans la thérapeutique de cette variété du sphacèle, je serai heureux d'avoir enrichi l'art d'une ressource précieuse; l'analogie était en ma faveur, la pratique a réalisé les vues de la théorie ; la tradition s'était perdue avec le temps, je m'applaudis d'en avoir rétabli la continuité, malgré le silence de tous les modernes.

Le principe fondamental dans l'amputation de la verge, c'est de laisser à l'organe le plus de longueur possible soit pour conserver la possibilité de l'érection, soit pour permettre à l'excrétion de l'urine de s'effectuer par un jet suffisant. Nous avons rempli cette indication, en procédant de bonne heure à l'application du fer rouge.

La difficulté de retrouver l'orifice de l'urèthre à cause du froncement de la muqueuse après l'amputation, a donné lieu au procédé opératoire de M. Barthélemy, qui consiste à introduire préalablement une sonde jusque dans la vessie. Je n'ai eu besoin de recourir à cet expédient, ni chez St.-Cyr, ni chez les autres malades que j'ai opérés. Une remarque historique que je ne dois pas omettre et qui paraît avoir complétement échappé jusqu'ici aux biographes et bibliographes, c'est que ce procédé n'est pas nouveau; je l'ai retrouvé dans Celse, qui indique très-clairement

que si l'ulcère phagédénique est situé à l'extrémité du gland, dans les environs du conduit urinaire, il faut préalablement introduire une sonde dans l'urèthre, afin qu'il ne se bouche point, puis on passe à l'emploi du fer : « Si id in summâ glande, circa « fistulam urinæ est, *priùs in eam tenue specillum demittendum « est*, ne claudatur ; deinde id ferro adurendum. » (*De Re med.*, lib. VI, cap. XVIII, nº 4.) Le commerce des anciens n'est jamais sans utilité.

Le principal obstacle à vaincre, c'est l'oblitération consécutive du méat urinaire. Cet accident est grave, et ne se voit que trop souvent ; il peut survenir longtemps encore après la guérison; ainsi M. Roux a observé un cas où, trois ans et demi après l'amputation, l'urèthre s'était oblitéré, et avait donné lieu à une rétention d'urine. D'ordinaire cet accident se manifeste plus tôt ; M. Poston, à qui j'ai fait part de l'observation de St.-Cyr, m'a cité l'histoire d'un malade chez qui l'oblitération de l'urèthre eut lieu à l'époque même de la guérison de la plaie, par suite de l'omission des précautions que je formulerai plus loin. On a proposé dans un but prophylactique, l'usage des bougies; mais cette pratique ne me paraît pas satisfaire aux indications curatives; et d'abord elle est quelquefois impraticable; le séjour d'une sonde à demeure est loin de pouvoir être toujours supporté ; j'ai opéré entre autres, un vieillard dont la sensibilité était telle qu'il ne put s'y astreindre. M. Velpeau rapporte un cas analogue. En outre, l'action de la sonde peut être insuffisante ; elle porte sur tout le canal, et c'est surtout le méat artificiel qu'il faudrait agrandir; cette dilatation uniforme (inutile dans les points inférieurs) est-elle capable d'assurer une guérison radicale? Le procédé, pour être parfaitement rationnel et méthodique, doit s'adresser exclusivement à l'ouverture qui remplace le méat, et en vue de la rétractilité ultérieure de la cicatrice, il faut ici chercher à produire l'excès pour obtenir le nécessaire.

A cet effet, j'imaginai d'introduire à l'entrée de l'urèthre, un petit cylindre d'éponge préparé à la cire ; j'avais l'avantage d'opérer une dilatation lente, progressive et sans douleur; elle portait exclusivement sur les parties qu'il fallait préserver de la coarctation ; elle restait en place la nuit seulement, et n'avait

pas les inconvénients des sondes à demeure, soit à cause du peu de longueur du cylindre, soit à cause de la durée limitée de l'application. L'événement a sanctionné la valeur de ce moyen : chez notre opéré, non-seulement l'oblitération du canal n'eut pas lieu, mais en outre son ouverture et le commencement de son calibre furent largement dilatés ; et à sa sortie de l'hôpital, la micturition s'effectuait avec beaucoup de facilité. On lui conseilla de continuer l'usage du même moyen pendant quelque temps encore.

J'ai revu ce malade à la fin d'avril, c'est-à-dire plusieurs mois plus tard, la cure s'était parfaitement maintenue ; les urines étaient expulsées par un jet fort et régulier.

En résumé, cette observation paraît digne d'intérêt sous plus d'un rapport ; puissé-je avoir convenablement fait ressortir les diverses considérations de thérapeutique chirurgicale qui s'y rattachent.

J. E. Petrequin.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR LE MÉMOIRE QUI PRÉCÈDE.

Contrairement à la pratique généralement admise, et qui consiste à attendre presque toujours que les eschares, dans la gangrène du membre viril, se détachent d'elles-mêmes, M. le docteur Petrequin propose l'amputation de la partie gangrénée par un cautère rougi à blanc, sans attendre que le mal se soit borné. L'insuffisance des traitements ordinaires, et cette considération si puissante qu'il faut conserver à la verge le plus de longueur possible, ont surtout engagé notre savant confrère de Lyon, à tenter le moyen sur lequel il a appelé notre attention, parce que, en temporisant, en n'opérant qu'alors que le mal s'est limité, on s'expose à voir la gangrène envahir la presque totalité de la verge. Mais d'un autre côté, en opérant de bonne heure, n'a-t-on pas à craindre la reproduction de la maladie et la nécessité d'une seconde opération ? Oui certes ; et M. Petrequin l'a si bien senti, qu'il proscrit l'amputation à l'aide de l'instrument tranchant,

parce que, en séparant les parties mortes, elle ne modifie pas assez puissamment l'état des parties saines pour ne plus rien avoir à appréhender de la cause pathogénétique spéciale du mal. Il faut donc amputer, mais amputer en modifiant profondément l'état des parties saines ; or, pour atteindre ce but, M. Petrequin n'a rien trouvé de mieux que le cautère cultellaire chauffé à blanc. Nous ne nous élèverons pas contre l'emploi du fer incandescent : le feu est un puissant modificateur, et des plus propres à réveiller la vitalité dans nos organes ; l'essai qu'en a fait notre confrère a été suivi du plus beau succès : mais en sera-t-il toujours ainsi ? nous n'oserions pas l'assurer, et c'est à l'expérience à prononcer.

Une question que nous nous sommes posée, est celle de savoir si le procédé opératoire de M. Petrequin est bien en harmonie avec ce précepte, qu'il faut conserver à la verge le plus de longueur possible. Le résultat obtenu chez St.-Cyr, tendrait presque à prouver que l'amputation par le cautère n'a pas secondé l'auteur dans ses vues généreuses, puisque le malade n'a conservé qu'un demi-pouce de verge, bien que le mal ne s'étendît guère qu'à un pouce et demi. La cautérisation, la suppuration et la rétraction déterminées par la cautérisation ont donc dû diminuer de beaucoup la longueur de la partie de l'organe restée vivante.

Quant à l'occlusion plus ou moins complète du canal de l'urèthre qu'on peut avoir à craindre après l'amputation de la verge, nous croyons qu'il faut admettre, qu'avec le fer rougi à blanc, ce résultat sera encore plus probable dans le plus grand nombre de cas.

Une dernière objection que nous ferons au traitement proposé par M. Petrequin, est celle-ci : Sur 24 amputations de verge rapportées par M. Lisfranc, 17 furent suivies de phlébites mortelles ; le même danger, ou à peu près le même, doit suivre l'action du feu, tandis que, en laissant les eschares se détacher d'elles-mêmes, on n'a point d'inflammation de veines à craindre.

M. Petrequin dit qu'il a vainement cherché quelques renseignements utiles sur la gangrène de la verge dans les auteurs classiques les plus modernes : cependant il nous cite les opi-

nions émises par Patissier, A. Bérard, B. Bell, Bégin, S. Cooper et Boyer, ce qui nous semble prouver suffisamment qu'il n'y a ici qu'une lacune tout à fait relative ; en effet, tous ces auteurs sont d'accord sur ce point : qu'il faut tâcher d'enrayer le progrès du mal en employant, suivant les circonstances, les antiphlogistiques, les antiseptiques et les toniques ; tous sont encore d'avis qu'il n'y a aucune opération à tenter avant que la ligne de démarcation entre les parties mortes et les parties vivantes soit établie ; aucun ne dit qu'il faille opérer avant ce moment, car rien ne nous autorise à interpréter dans ce dernier sens le silence de B. Bell ; la dissidence ne tombe donc en définitive que sur ce point bien secondaire : la gangrène étant bornée, faut-il opérer la séparation des parties mortes ou les laisser se détacher d'elles-mêmes ? Mais cette dissidence n'a pu être pour rien dans l'embarras de M. Petrequin, puisqu'il avait ses raisons pour ne pas attendre la délimitation de la maladie, et que les hémorrhagies fréquentes survenues chez St.-Cyr lui faisaient presque un devoir de recourir immédiatement à l'amputation : ce ne peut donc être que sur cette complication si grave, l'hémorrhagie, et sur l'emploi du fer incandescent que l'auteur n'a trouvé aucun renseignement utile dans les divers traités de pathologie qu'il a consultés. En effet, nous n'avons rencontré aucune indication d'après laquelle M. Petrequin eût pu se guider, et nous devons avouer qu'il a suppléé au silence des auteurs par une tentative qui pourra peut-être imprimer d'utiles modifications à la thérapeutique de la gangrène affectant le membre viril ; l'idée est donc sienne, elle peut être bonne ; mais, nous le répétons, les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions sanctionner l'opération proposée par notre savant confrère de Lyon.

Pour terminer, nous ferons encore remarquer que M. A. Bérard ne nous semble pas mériter les reproches que lui fait M. Petrequin ; loin de trouver dans l'article de M. Berard de flagrantes contradictions, nous pouvons affirmer que son langage est positif, et que partout il s'est montré conséquent avec lui-même. C'est ce dont on peut se convaincre facilement par la lecture de l'article rappelé.

En résumé, bien que votre commission, Messieurs, ne partage point la manière de voir de M. Petrequin, le Mémoire de ce médecin lui a paru trop remarquable pour qu'elle ne vous en demande pas l'insertion dans vos Annales.

Bruxelles, 3 mars 1843.

Les commissaires,

Dr Langlet.

Dr Seutin.

Le rapporteur,

Dr Dieudonné.

(Extrait du Journal de médecine de Bruxelles.)